Perspectives

노인의학의 전망과 도전

¹충북대학교 의과대학 충북대학교병원 류마티스내과, ²서울대학교 의과대학 서울대학교병원 류마티스내과최인아¹ · 송영욱²

Perspectives and Challenges for Geriatric Medicine

In Ah Choi¹ and Yeong Wook Song²¹*Division of Rheumatology, Department of Internal Medicine, Chungbuk National University Hospital, Chungbuk National University College of Medicine, Cheongju;* ²*Division of Rheumatology, Department of Internal Medicine, Seoul National University Hospital, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea*

Korean society is aging rapidly. Overall, 13.1% of the Korean population was elderly (age ≥ 65 years) in 2015, and this rate is expected to reach 40.1% in 2060. To prepare for this change, the Korean government has developed a long-term care insurance service and supports regional medical centers for the aged. It has established laws about life-sustaining treatment and directives to improve end-of-life care. Although the long-term care insurance currently provides 'in-home service' and 'aged care facilities,' it does not cover rehabilitation hospitals, which can prevent elderly individuals from accessing certain medical services. With the changing demographics, medical care requires change. Conventional medical care must be upgraded to provide suitable care for an aged society. It is important to support the activities of daily living, rather than simply prolonging life. This will require providing home- and community-oriented medical care to improve quality of life. It will also be necessary to train more geriatricians who understand the characteristics of elderly patients, provide comprehensive geriatric assessments, and lead other physicians in team-based medicine. Internists are already engaging in multidisciplinary collaboration and end-of-life care, which are critical qualities of leading geriatricians. Further discussion and consensus is needed regarding the training of geriatric medicine specialists in Korea. (Korean J Med 2017;92:225-234)

Keywords: Geriatric medicine; Aging

서론

평균 수명이 늘어나고 출산율이 감소하면서 우리나라에서도 급속히 노령화가 진행되고 있다. 대한민국의 65세 이상 고령 인구의 비율은 2015년에 13.1%에 이르렀으며 2030년도

에는 24.3%, 2060년도가 되면 40.1%에 이를 것으로 예상된다[1]. 인구 고령화로 가정 먼저 대두되는 문제는 경제적 문제, 특히 의료비와 간호/요양비용의 상승이다. 나이가 들면서 동반되는 질환의 수가 늘어나게 되고, 치매 및 신체 기능의 저하로 돌봄의 필요성이 늘어나게 된다. 2015년 65세 이

Correspondence to Yeong Wook Song, M.D., Ph.D.

Division of Rheumatology, Department of Internal Medicine, Seoul National University Hospital, Seoul National University College of Medicine, 101 Daehak-ro Jongno-gu, Seoul 03080, Korea

Tel: +82-2-2072-2234, Fax: +82-2-2072-3198, E-mail: ysong@snu.ac.kr

Copyright © 2017 The Korean Association of Internal Medicine

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

상 노인진료비는 21조 3,615억원으로 전년 대비 10.4% 증가하였고[2], 이는 국내총생산(gross domestic product, GDP)의 1.42%에 해당하나 건강 상태의 개선 없이 평균 수명만 현재의 추세대로 연장될 경우 2060년에는 최대 337조 1,131억원(GDP 대비 5.67%)의 지출이 예상된다[3]. 또한 이러한 노령화는 사회적 문제도 야기하게 되는데, 도시의 경우 혼자 사는 고령자가 늘어나고 있어[4], 가정에서의 요양의 필요성이 함께 늘어나고 사망의 관리도 필요해질 것으로 보인다.

인구구조의 변화와 함께 질환의 구조가 변화하고 있는 것도 의료수요의 변화에 기여하고 있다. 6.25 전후로는 감염과 같은 급성 질환이 주로 사망의 원인이었으나 항생제의 개발과 공중위생 체제의 확립으로 이러한 감염으로 인한 사망률은 크게 감소하였다. 1970년 이후 악성 종양, 심장 질환, 뇌혈관 질환으로 인한 사망률이 증가하여 현재에도 사망 원인의 절반 가량을 차지하게 되었는데[5], 심혈관 및 뇌혈관 질환은 생활습관 질환이 기저에 깔려 있으며 지속적인 의료개입을 필요로 한다. 따라서 의료수요는 생활습관 질환을 예방하기 위한 건강관리 및 치매, 노환 등의 퇴행성 질환으로 인하여 일상생활의 제한을 돌보는 간호서비스 등으로 전환될 것으로 보이며, 국가 재정의 큰 부분이 이러한 부담을 해소하기 위해 필요하다.

고령 인구에서 질환의 발생은 피할 수 없는 부분이 있고, 전반적인 장기의 기능이 감소된 경우 특정 질환으로 인하여 장기의 기능이 떨어졌다 회복되었더라도 기대되는 회복의 목표가 달라질 필요가 있다. 따라서 지금까지의 환자의 생명을 연장시키는 양적인 부분에 관심을 둔 의료는 고령화 사회에 걸맞게 진화하여, 새로운 치료 목표와 접근법을 제시할 필요가 있다고 생각된다.

치료 목표의 변화:

수명 연장보다 기능유지를 위한 치료

노화는 인간에서 피할 수 없는 과정으로 누구나 겪게 되며 질병, 특히 생활습관과 관련된 만성 질환이 동반되게 되면 더욱 신체 기능이 빠르게 감퇴하게 된다. 젊은 환자에서 질환은 대개 특정 장기의 기능 저하로 나타나게 되며, 의사는 질환의 원인을 제거하고 정상 기능을 되찾게 하기 위해서 노력하게 된다. 여기서 정상 기능이라는 목표는, 건강한 성인에서 흔히 보이는 장기들의 기능 수준을 말하며, 이러한 개념이 일반적인 치료의 목표로 설정되어 왔다. 그러나 노인

에서는 하나 이상의 장기에서 기능이 저하되는 일이 그리 드물지 않기 때문에, 이 그룹에서 정상의 개념이 무엇일까를 다시 생각할 필요가 있으며, 고령자에게 정상의 개념이 무엇인지를 분명하게 하는 것이 적절한 수준의 치료 목표를 설정하는데 도움이 될 것으로 보인다.

20세기 대한민국의 의사들은, 장기의 기능 저하를 회복시키는 것을 치료의 목표로 추구하였고, 궁극적으로 환자가 더 오래 생존할 수 있도록 하기 위해 노력하였다. 그 결과 2014년도의 한국인 기대수명은 82.4세로, 1970년도의 61.9세에 비해 20년 이상 연장되었다[6]. 이제는 삶의 기간뿐 아니라 삶의 질의 문제에 관심을 가지고, 늘어난 삶의 시간 동안 원하는 방향의 삶을 영위할 수 있도록 도울 때가 되었다고 본다. 고령자들을 대상으로 한 설문조사들을 보면, 삶의 질을 결정짓는 가장 중요한 인자는 질병의 존재가 아니라 일상생활을 독립적으로 영위할 수 있는지 여부였다[7-9]. 고도의 전문화된 의학적 치료도 중요하지만, 환자가 나이가 들고 죽을 때까지 행복하게 지내는 것은 더욱 중요한 일이다. 따라서 생존을 연장하기 위한 그간의 치료 형태는 독립적으로 생활을 유지하기 어려운 고령자에게는 돌봄을 제공하고, 독립적인 기능을 되찾을 수 있도록 도움을 주는 형태로 발전할 필요가 있다.

가정 및 지역사회 중심의 돌봄

많은 노인들은 건강할 때뿐만 아니라 아프거나 죽음을 앞둔 시기에도 오랜 기간 살아온 집과 지역사회에 머물기를 원하고, 그 가족들도 같은 소망을 가지는 경우가 많다. 이러한 경우, 급성기 치료가 끝나고 난 후의 회복기 관리나 임종 말기의 돌봄이 가정 혹은 지역사회에서 이루어질 수 있도록 하는 것이 환자의 삶의 질을 향상시키는 데에도 기여할 수 있다. 특히 급성기의 치료와 중도기의 회복재활이 같이 연계되면, 기능회복을 촉진하여 환자가 집으로 돌아갈 수 있도록 도울 수 있는데, 이를 실현하기 위해서는 지역사회를 중심으로 통합적인 관리가 가능한 의료 및 간호자원 충원이 필요하고, 병원과 연계된 가정방문 간호사가 지역건강관리시스템과 연계되어 활동하는 등의 조직체계가 필요하다. 이러한 시스템을 확립하여 병원 재원 기간을 줄이고, 병실 수를 줄이고 집에서의 진료가 가능하게 하는 것을 ‘지역사회의 집중치료’라고 할 수 있는데, 이를 실현하기 위해서는 의학적 치료 문제뿐만 아니라 공공의료 및 복지 문제가 뒷받침되어야 하는 만큼 정책적인 지원이 필요하다. 또한 지역에 따라 노인 인

구의 비율뿐 아니라 의료자원의 수급 상황이 다르기 때문에 지역의 특성에 맞는 공공의료, 민간의료, 간호, 복지정책의 협업이 요구된다. 따라서 지역별로 고령 환자의 진료경험이 풍부한 대학병원 및 권역 중심 의료기관들이 주축이 되어 가정 중심의 돌봄을 고안하고 지역사회 중심의 의료로 전환될 수 있도록 앞장서야 하며, 그 시행 주체로는 지역 요양병원의 역할이 기대된다.

노인장기요양보험

대한민국에서는 돌봄과 기능회복의 의료를 위해 ‘노인장기요양보험법’을 2008년 7월부터 시행하고 있다. 국민건강보험제도가 질환의 진단, 외래 및 입원 진료, 재활 등을 목적으로 주로 병/의원 및 약국에서 제공하는 서비스를 급여 대상으로 하는 반면, 노인장기요양보험제도는 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 대상자에게 요양시설이나 재가기관을 통해 신체 활동 또는 가사지원 등의 서비스를 제공한다. 국민건강보험에 가입하게 되면 동시에 장기요양보험에도 강제로 가입되기 때문에 국내의 모든 국민건강보험 가입자는 장기요양보험에 가입되어 있고, 건강보험공단은 이들에게 장기요양보험료와 건강보험료를 통합하여 징수하고 있다. 다만 징수할 때 장기요양보험료와 건강보험료를 구분하여 고지하며, 장기요양보험과 건강보험의 재정은 독립회계를 통해 따로 관리된다. 실제 장기요양보험의 운영은 이렇게 징수된 보험료와 국가 및 지방자치단체의 지원, 15-20%의 본인부담금으로 이루어진다[10].

장기요양 급여의 종류는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호 등의 서비스를 받을 수 있는 재가급여와 노인의료복지시설(요양병원 제외)에 입소할 수 있는 시설 급여 그리고 가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비 등을 현금으로 받을 수 있는 특별현금 급여로 나누어지는데, 이 중 특례요양비와 요양병원간병비는 현재 시행을 유보하

고 있다. 가입자 중 65세 이상의 노인 또는 65세 미만으로 치매, 뇌혈관 질환 등 대통령령으로 정한 노인성 질환을 가진 자에게 수급권 신청자격이 주어지며 지역별로 설치된 장기요양등급판정위원회에서 신청인의 요양 필요도에 따라 등급을 부여하게 된다. 2014년 7월부터 5등급 체계로 요양등급 체계가 개편되어 현재까지 유지되고 있으며(Table 1), 2016년 7월부터는 치매전담형 장기요양기관이 도입되었다.

장기요양등급 인정자는 지속적으로 확대되어, 제도 초기인 2008년 21만명(전체 노인의 4.2%)에서 2014년 4월 39만명(전체 노인의 약 6.1%)으로 확대되었다. 그러나 양적인 성장에 비하여 질적인 측면에서는 여전히 개선할 과제가 산적하여, 장기요양기관에 대한 국가 및 지방자치단체의 체계적인 관리감독이 이루어지지 못하고, 공공 인프라가 구축되지 못한 채 제도가 시행되어 서비스 공급이 대부분 민간기관에 맡겨지면서 발생하는 문제점으로 회계부정, 인력배치기준 위반, 수급자 유인알선, 허위부담청구 등의 불법·부당 운영 사례가 지속적으로 발생하고 있다[11,12]. 이는 결과적으로 장기요양 서비스의 질 저하문제, 인권문제, 요양보호사 처우문제 등으로 나타나고 있어 2016년 5월 개정(2017년 5월 시행 예정)된 노인장기요양보험법 일부 개정안에서는 장기요양기관의 재무, 회계 기준을 법적으로 마련하여 장기요양기관의 투명한 운영을 가능하게 하고, 장기요양기관에 대한 국가 및 지자체에 대한 책임성을 강화하도록 명시하고 있다[13].

무엇보다도 큰 문제는 요양시설 입소자나 재가급여 수급자들에게 적절한 의료서비스가 제공되지 못하고 있는 점인데, 이는 노인장기요양보험이 의료서비스와 요양서비스의 분리를 전제로 설계된 것과도 관련되어 있다. 2012년 노인장기요양보험 수급자 34만 1,788명 중 약 95%가 뇌졸중, 치매, 관절염 등 만성 질환을 앓고 있거나 이들 질환을 복합적으로 앓고 있었다. 그러나 이들 중 요양시설에서 제공할 수 있는 의료서비스나 방문간호 등 재가급여를 통해 받을 수 있는 의료서비스를 적절하게 이용하고 있는 이들은 5%에 불과하

Table 1. Long-term care insurance in Korea

Grading	Performance	Scoring system for qualification
Grade 1	Need assistance in total activities of daily living	95 or more
Grade 2	Need assistance in a considerable part of the activities of daily living	From 75 or more to less than 95
Grade 3	Need assistance in a part of the activities of daily living	From 60 or more to less than 75
Grade 4	Need assistance in a certain portion in activities of daily living due to the physical/mental functional deficit.	From 51 or more to less than 60
Grade 5	Dementia (limited to geriatric disease, under the article 2 of the geriatric long-term care insurance act)	From 45 or more to less than 51

였는데, 요양시설의 경우에도 물리치료를 고용해 의료서비스를 제공하고, 촉탁이나 협력의료기관 제도를 통해 입소자들에게 적절한 의료서비스를 제공토록 하고 있지만 의무조항이 아니기에 영세한 요양시설에서는 제대로 이루어지지 못하는 경우가 많았다. 이로 인하여 요양시설 입소자나 재가급여 수급자들이 적절한 의료서비스를 제공받지 못하여 급성기 병원에서 외래진료나 입원 치료를 받고 요양시설에 재입소하는 일이 되풀이 되며, 이들 중 상당수가 급성기 병원의 장기입원을 원하고 있지만 급성기 병원은 노인장기요양보험급여대상이 아니기 때문에 이들의 장기입원을 꺼리게 된다.

요양병원의 역할

요양병원은, 의사 또는 한의사가 그 의료를 행하는 곳으로 요양 환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 주요 장기요양을 요하는 입원 환자에 대하여 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관으로, 장기요양보험이 아닌 건강보험의 적용을 받고 있다. 다만 일반 급성기 병원에 비하여 의사 및 간호사의 법정 배치기준이 완화되어 있고, 추가적으로 복지서비스 욕구의 파악 및 상담을 위한 사회복지사나 재활 치료를 위한 물리치료를 배치하도록 규정하고 있다.

정부에서는 장기요양을 필요로 하는 환자의 의료수요에 적합한 장기요양 병상을 증가시키기 위해서, 2002년부터 매년 100억원 이상의 용자를 통해 요양병원 신설 및 중소병원에서 요양병원으로의 기능 전환을 지원하여 왔다[14]. 그로 인하여 요양병원의 수요는 2016년 8월 현재 1,410개 기관으로 증가하였고, 그중 요양병원 인증을 마친 기관도 988개 기관에 이른다[15]. 그러나 입원일당 정액수가를 적용하면서 간병인 및 재활 치료에 대한 과소 투자, 저가 약 사용 등의 문제가 발생하여, 행위별 수가를 적용하는 급성기 병원에 비하여 의료서비스의 경쟁력이 떨어지는 사례가 늘어나고, 장기요양보험이 아닌 건강보험의 적용을 받고 있어 급성 질환으로 타 의료기관 진료를 보게 될 경우 진료비 정산 문제가 발생하게 되어 급성기 병원과의 긴밀한 협조가 잘 이루어지지 않는 등의 문제점으로 그 역할이 점차 축소되는 실정이다.

고령 환자에서 질병의 발생은 피할 수 없는 부분이며, 급성기 치료가 끝나더라도 아급성기의 관리와 안정기의 돌봄이 연속적으로 필요하게 된다. 이러한 ‘케어의 연속성’ 문제를 위해서는 요양병원의 역할 강화가 필수적인데, 이를 위해 요양병원의 분류를 요양시설 내로 전환시켜 노인장기요양보

험 급여체계 안으로 귀속시키거나 건강보험과 노인장기요양보험을 통합해 운영하는 등의 구조적인 개선이 있어야 가능할 것으로 보인다. 전자의 경우 민간자본으로 설립된 요양병원들이 건강보험 하의 진료수익을 포기하고 노인장기요양보험 급여 수준에 만족하기는 어려울 것으로 보이며, 행위분류 및 수가결정 문제 역시 간단히 해결할 수 있는 문제가 아니다. 따라서 요양병원이 건강보험서비스와 장기요양보험서비스를 함께 제공할 수 있도록 하고, 급여비도 각각 청구할 수 있도록 시스템을 변경하자는 방안도 제시되고 있다. 구조적인 개선 방법에 대해서는 더 논의가 필요할 것으로 보이나, 궁극적으로 기존 요양병원의 질을 향상시키고 그 역할을 재설정하여 요양병원을 건강보험과 노인장기요양보험 서비스의 연계를 직접적으로 담당할 수 있는 핵심기관으로 성장시키는 것이 중요하다. 또한 지역사회 중심의 돌봄에 대해서도, 그 시작은 고령 환자의 진료경험이 풍부한 지역의 대학병원 및 권역 중심 의료기관들이 가정 중심의 돌봄을 고안하고 지역사회 중심의 의료로 전환될 수 있도록 앞장서는 것이겠지만, 이를 정착시키고 실질적인 보건복지통합서비스를 시행하는 중추적인 역할은 요양병원이 되어, 요양병원에 방문간호센터를 설치하고, 노인의학 전문의가 입원 환자는 물론 퇴원 후 장기요양서비스를 받는 재가노인들에 대해서도 주치의로서의 역할을 수행할 수 있도록 하여 요양병원에서 지역사회, 가정중심의 돌봄에 대해서도 중추적 역할을 수행하는 것이 바람직하다고 생각된다.

또한 서비스 접근상의 불평등 문제를 해소하기 위해서 농어촌지역, 도서지역과 같이 민간부문에서 요양병원 시설설치를 하지 않는 지역에 대해서는 보험수가의 가산 등을 통해 민간설립을 설립을 지원하거나 기존의 지역 국공립 병원들의 역할을 재설정하는 등의 다각적인 노력이 필요하다.

말기 완화의료(end of life care)

일반적으로 고령자가 어떻게 사망할지는 예측하기 어려우나, 사망의 궤도는 장기부전의 발생과 시간관계에 따라 몇 가지 패턴을 보인다(Fig 1). 급성 질환으로 기능이 잘 유지되는 환자가 갑자기 죽는 경우(A), 암과 같이 기능이 잘 유지되나 가까운 시기에 질환의 악화로 인한 사망이 예상되는 경우(B), 장기부전과 같이 기능의 악화와 호전을 거듭하며 점차 기능이 떨어져 사망하는 경우(C), 노쇠 및 치매처럼 기능이 저하된 상태에서 아주 오랜 시간이 걸리는 경우(D)의 네 가

Figure 1. Patterns of death correlated with functional ability and time. (A) A sudden progression from normal function to death in a brief time. (B) A death after a distinct terminal phase of illness. (C) A gradually diminishing functional status with periodic dramatic exacerbations of their illness. (D) A steadily progressive disability over prolonged period in a low functional status before dying. Modified from [16].

지 형태가 대표적이다[16]. 앞으로는 해당 상태에서 어떤 치료를 받아야 할지 공통된 의견이 필요하며, 그 기반이 될 고령자의 말기에 대한 의학 연구가 시급하다. 2012년도에 일본에서는 고령자에게서 수액요법과 경피 내시경하 위루술(percutaneous endoscopic gastrostomy) 적용, 영양 공급을 결정하는 지침을 발표한 적이 있는데[17], 지침을 우리나라의 현실에 맞게 적용하고 확대하여 실질적으로 일어나는 문제들을 분석하고 개선하는 노력이 필요하다.

또한 중요한 문제는 어떤 의학적 치료를 받고, 이러한 치료를 한번 시작하였더라도 환자의 반응이나 상태에 따라 중간에 중단할 수 있는가에 대한 내용이다. 생존의 연장만을 지향하는 의학적 치료의 한계는 국내에서도 인식되어 있으며 2018년 1월부터는 국내에서도 연명의료법 일명 웰다잉법이 시행될 예정이다[18]. 이 법은 암, 후천성 면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기 질환, 만성 간경화 및 그밖에 보건복지부령으로 정하는 질환에 대하여, 회복 가능성이 없고 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 경우 환자의 심폐소생술, 인공호흡기, 혈액투석, 항암제 투여 등의 중단을 가능하게 하며 회복 가능성이 없이 의료장비에 의존해 무의미한 연명 치료를 받는 환자나 그 가족이 연명 치료 중단을 결정할 수 있는 내용을 담았다. 특정 난치성 질환에서만 적용되기 때문에 일반적인 노환에 적용하기는 무리가 있으나, 생명 연장을 최

우선으로 추구하는 의료에서 삶의 질을 더 우선적으로 고려하는 패러다임의 변화를 꾀하는 첫걸음이라고 할 수 있겠다.

또한 이 연명의료법에서 주목할 사항은 환자가 급작스러운 상태 악화로 자신의 의사를 표현할 수 없을 경우를 대비해 사전연명의료의향서(advance directive)를 미리 작성해 스스로 연명의료 중단 여부를 미리 결정할 수 있게 하였고, 이를 국가에서 적절하게 관리하기 위해 국립연명의료 관리기관을 설치하기로 한 것이다. 또한 연명의료 중단결정 및 그 이행에 관한 업무를 수행하려 하는 의료기관은 해당 의료기관에 윤리위원회를 설치하고 보건복지부장관에게 등록하도록 하고 있다.

죽음을 앞둔 고령자의 삶의 마지막 시기에서 누가 어떤 방식으로 이 환자가 삶의 마지막 단계에 있다고 판단할 것인지, 그리고 적절한 의학적 도움을 선택하고 고령자와 그 가족의 바람을 반영할 것인지 등 많은 문제가 논의를 필요로 한다. 지금까지는 이러한 논의가 주로 말기암 환자만을 대상으로 이루어져 왔으나, 우리가 앞둔 고령화 사회는 사망이 많은 사회를 의미하기도 하므로 의료전문가와 국민 모두 삶의 마지막 순간에 원하는 장소에서 원하는 이들과 함께 죽음을 맞이하는 것 이상으로 필요한 의학적 치료란 무엇인지 생각할 필요가 있다. 가장 중요한 것이 환자의 바람인데, 환자의 바람을 어떻게 파악할 것인지가 중요한 화두가 되며, 이러한 상황에서 사전연명치료의향서가 유용하게 작용하게 될 것으로 보인다. 개정된 연명의료법은 이러한 사전연명치료의향서의 절차와 법적 정당성의 토대를 마련하는 계기가 될 것으로 기대된다.

노인의학의 특성

World Health Organization의 건강의 정의에 따르면, 건강은 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태이며 단순히 질병이 없고 허약하지 않은 상태를 의미하는 것은 아니다[19]. 고령자에서, 비록 독립적으로 일상생활을 유지할 수 있는 사람에서도 장기와 신체의 기능 저하는 피할 수 없고 이러한 경우 전통적인 건강의 개념에는 맞지 않게 된다. 게다가 노인의 경우, 치료의 목적과 효과가 명확하지 않은 경우를 마주치게 되는데, 장기적인 예방을 위해 치료를 시행하는 비만이나 고지혈증 치료의 경우 환자의 삶의 질을 줄이고 오히려 생명을 단축할 수도 있게 된다. 또한 80세 이상 환자에서 전립선암이나 갑상선암이 발생한 경우에도, 적극적인 치료는 그 효과가

불명확하거나 삶의 질을 떨어뜨리는 일이 발생할 수도 있다 [20]. 이와 같이 젊은이에서는 병으로 진단할만한 상황이 고령자에게 발생할 때, 이를 건강하지 않다고 봐야 하는가는 판단하기 어려운 문제이며, 질병을 진단받았더라도 그 치료가 항상 삶의 질을 높이고 잔여수명을 연장하지는 못한다. 따라서 제한된 의료자원을 가장 유용하게 사용하기 위해서, 고령자에서의 건강의 개념을 다시 정의할 필요가 있으며, 질병에 치료적 접근도 달라질 필요가 있다. 또 다른 측면에서, 평균 연령이 78세인 사회에서는 80세 이상의 고령 환자에서 대장 내시경이나 용종제거술을 시행하는 것이 위험 대비 효과가 떨어져 적절하지 않다고 생각할 수 있다. 그러나 예상되는 기대수명이 100세라면 이러한 결론은 달라질 수도 있으며, 앞서 언급한 비만이나 고지혈증에 대한 접근도 달라질 수 있을 것이다. 따라서 고령 환자에게 이러한 상황이 발생할 때, 적절한 치료 지침 및 나이 외에도 고려해야 할 인자들에 대한 의학적 근거가 필요하게 되며, 이러한 연구 결과는 의학기술의 발전이나 평균 수명의 증가와 같은 의학적, 사회적 상황에 맞추어 계속 업데이트가 될 필요가 있다. 결국은 근거 중심의 의료를 시행하기 위한 바탕이 될 고령자에 대한 연구가 시급한 실정이며, 노인의학 전문가의 수가 늘어나고 의학적 수요와 관심이 늘어나야 연구 규모도 증가할 수 있을 것으로 보인다.

노령 인구에 대한 의학적 치료는 일반적인 성인의 경우와 여러 측면에서 차이가 있다. 고령자의 경우 여러 장기에 동시에 문제가 생기는 경우가 많고, 이로 인한 노환과 일상생활의 장애가 나타나게 된다. 약물 치료의 경우 인지 기능의

장애로 인한 낙상, 흡인성 폐렴, 식욕 감퇴, 근육감소 등을 고려해서 이루어져야 한다. 또한 급성기의 의학적 치료뿐만 아니라 이런 만성화된 상황에서 의학적 치료와 요양간호를 어떻게 균형 있게 진행할지에 대한 전망을 갖고 있어야 한다. 과거의 모델에 맞추어 고령 환자를 완전히 낮게 하겠다는 의지보다는, 넓은 안목으로 전체 장기의 기능과 일상생활을 유지하기 위한 능력, 신체적 기능, 정신적 문제 및 사회적 환경을 준비하는 전체론적인 관리를 시행하고, 다각적인 협조를 통하여 전체적인 고령자의 컨디션을 파악하고 적절히 대응하는 것이 필요하며 새로운 패러다임에 맞춘 의료관리가 필요해진다. 이러한 점들이 노인의학의 특성이라고 할 수 있다. 골다공증, 치매, 동맥경화로 인한 심혈관계 질환, 폐렴과 같은 감염증 등은 노인에서 흔히 나타나며 노인성 질환이라고 불린다. 이러한 질환의 특징은 회복이 늦고 고령자의 독립을 저해하고 삶의 질을 떨어뜨리게 된다. 이러한 질환의 원인을 찾고 치료를 하고 합병증을 예방하기 위한 연구가 필요하며, 기존의 알려진 생활습관 질환의 치료 및 예방수칙의 위험과 이득에 관해서도 고령자의 특성에 맞춘 근거가 축적될 필요가 있다. 따라서 노인의학의 임상적 역할은 크게 병 들고 기능이 저하된 군을 치료하고 돌보는 일차의학의 역할과 건강하고 예방이 필요한 군을 관리하는 예방의학의 두 가지 역할이 있다고 할 수 있다. 또한 학문적으로는 노화의 진전을 규명, 고령자에 독특한 질병의 원인을 규명, 진단, 예방, 치료와 고령자의 사회적, 심리적 문제를 연구하는 역할을 수행하게 된다.

Table 2. Proposals for the training of geriatric medicine specialists in the Korean Association of Internal Medicine (KAIM)

	Subspecialty (intra-department)	Subspecialty (inter-department)	Certificate of added qualification
Advantages	<ul style="list-style-type: none"> - It can be performed in KAIM. - It is easy to cooperate with other subspecialties in the boundary of KAIM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Applications of other subspecialties (inter-department) are available. 	<ul style="list-style-type: none"> - It can be performed in KAIM. - It is easy to cooperate with other subspecialties in the boundary of KAIM.
Disadvantages	<ul style="list-style-type: none"> - There may be a conflict with other subspecialties, which are classified according to the organ/system involvement. - More effort could be needed for initial settlement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Need cooperation with other medical societies. - More cooperation within the boundary of KAIM may be needed after foundation. - There are issues in the initial setting of relationship with current relevant medical societies. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consideration of time and expenses for the continued education is needed.

노인의학의 필요성

내과학회 내에서 노인의학 전문가를 양성하기 위해 제안은 크게 분과전문의, 세부전문의, 추가인정의 세 가지가 있다(Table 2). 분과전문의는 현행 9개 분과에 새로이 노년내과 분과를 추가하여 분과전문의로 구성하는 방법이며, 세부전문의는 가정의학과, 신경과, 재활의학과 등 관련과의 협조하에 전문의제도를 구성하는 방식이고, 추가인정의는 내과 전문의 수료 이후 일정교육을 이수하면 노년내과 전문의로 인정하는 제도가 된다.

외국의 노인의학 전문가의 수련과정을 살펴보면, 영연방 국가인 영국, 아일랜드, 호주 등에서는 단독 전문의 형식으로 노인의학과의가 시행되고 있으며, 일본에서는 내과 및 외과 전문의가, 미국에서는 내과와 가정의학과전문의가, 노르웨이와 싱가포르에서는 내과 전문의가 1년 이상의 전임의 과정을 거쳐 노인의학 관련 subspecialty 혹은 certificate of added qualification을 획득하고 있다.

앞서 언급한 노인의학 전문가의 역할을 보면, 노인의학과를 별도의 과목으로 설립하여 한 명의 새로운 의사를 노인의학 전문가로 양성하기 위해서는 상당히 고도화되고 다각화된 수련과정이 필요할 것으로 보인다. 그러나 이미 수련을 거친 내과 의사의 입장에서 볼 때, 이러한 활동은 내과의사가 기존에 하고 있는 역할과 크게 다르지 않다. 내과의 입원 환자는 특수한 감염증이나 면역 질환을 제외하고는 고령 환자가 대부분을 차지해 왔으며, 특히 입원 환자의 경우 내과내 여러 분과의 문제뿐 아니라 신경과, 정신과, 재활의학과와 같은 다방면의 문제를 동반하고 있는 경우가 잦아, 기존의 내과 주치의는 타과의와의 협진을 통해 그러한 문제점들을 통합적으로 해결하는 과정에 익숙해져 있다. 그렇기 때문에 전임의 과정이나 인정의 교육을 통해 현재의 내과 전문의에게 고령 환자의 특수성을 다루는 교육을 추가하는 것만으로 내과 전문의가 노인의학 전문가로 거듭나기에는 충분할 것으로 보인다.

고령자에서의 질환은 동시에 여러 가지 질환이 발생하는 것이 특징이다. 골절은 골다공증이 주요 기저 질환이며 85%가 낙상에 의해 발생하게 되는데 여기에 기여하는 전형적인 노인병증후군이 복잡한 환경 및 그 외 외부 인자(미끄러운 바닥, 잘 맞지 않는 신발) 등과 내부적 요인(근력 약화, 보행 장애, 균형감각의 저하, 다약제 복용) 등으로 발생하게 된다.

따라서 골절예방은 골다공증 약제의 처방만으로 해결되는 것이 아니라, 다양한 원인에 기반을 두고 재활의학과 의사, 물리치료사, 영양사, 약사, 정형외과 의사, 간호사, 요양사 등 다양한 직업군들을 활용하여 근력 강화를 위한 운동과 영양 공급, 걷기 훈련, 불필요한 약의 중단, 제대로 된 신발 제공, 장애물 제거 등의 다각화된 해결안을 제공할 필요가 있다. 이렇게 고령자의 문제를 진단하고 복잡하게 얽힌 문제를 개선하기 위해서는 복잡한 노인병증후군을 이해하는 숙련된 전문가, 즉 노인의학 전문가의 존재가 필요하다.

다방면의 치료를 진행하는 다재다능한 능력도 중요하지만, 환자의 중증도가 높아질수록 여러 직업군들이 일관된 관점과 의견으로 함께 일할 수 있도록 이끄는 리더십이 더 중요해진다. 따라서 의료보조인력뿐 아니라 타과의 전문의까지 설득하고 의사결정을 진행하기 위해서는, 타과 의뢰를 통해 의견을 종합하고 치료를 진행하는 관리형 리더보다는, 치료를 주도하고 환자의 죽음까지도 책임을 질 수 있는 내과 의사가 주도적 리더로 더 유리하다고 생각된다. 지금까지의 의료상황을 보면 한 환자가 여러 과의 진료를 받는 상황에서 내과나 외과와 같이 환자의 생명을 다루는 과의 의사가 주치의 역할을 하며 해당되는 전문 과목 간의 의사를 통합하는데 주도적 역할을 해왔기에, 내과 전문의는 수련과정 동안 이러한 치료주도형 리더의 역할에 익숙해져 있으며 이미 노인의학 전문가로 성장할 수 있는 기본 소양을 갖추고 있는 상태이다.

또한 고령 환자를 돌봄에 있어 환자의 사망은 피할 수 없는 과정인데, 마지막 임종의 순간이 가까워져 죽음을 피할 수 없는 시기에 접어들게 되면, 환자와 보호자에게 의학적 처치보다도 주치의의 태도와 말 한마디가 중요해지는 경우가 많다. 따라서 노인의학 전문가에게 임종에 대한 자세는 전문성을 구분 짓는 중요한 항목이며, 노인의학 전문가를 양성하기 위한 수련과정에 필수적으로 임종의 경험이 포함되어야 한다. 대부분의 내과 의사가 수련 기간 중 자연스럽게 수많은 환자의 임종과정을 경험하게 되나 아직 이러한 과정이 내과 수련의 필수항목으로 정례화된 바는 없다. 노년내과 전문가가 되기 위해서는 내과 수련과정 중 임종의 경험이 필수 이수 항목이 될 필요가 있으며, 이는 타과 출신의 노인의학 전문가와 노년내과 전문가의 전문성을 구분 짓는 주요 지표가 될 것이다.

새로운 시스템과 인적자원 개발

노인 인구의 증가에 맞추어 노인 인구의 건강관리, 요양, 간호 및 간병인 인력관리를 위한 교육과정을 개발하고 발전시킬 수 있도록 전문화된 조직이 필요하며, 대학에서도 이러한 교육을 제공하고 전문가 양성에 힘을 쏟을 필요가 있다. 지역의료기관에 필요한 의사들이 의과대학에서 노인의학교실이나 노년내과를 통해 교육받고 의사로 성장할 수 있도록 해야 하며, 효율적인 의료서비스, 의학교육 및 연구, 인적자원 양성 등이 패러다임의 변화와 맞추어 균형 있게 제공될 수 있도록 각 의과대학마다 노인의학교실 혹은 노년내과가 설립되어야 한다. 또한 이러한 의료진들이 팀 단위의 의료를 할 수 있도록 키워나가는 노력 또한 필요하다.

고령자의 관리에는 치료보다도 돌봄의 개념을 동반한 관리의 역할이 필요하기 때문에 의사뿐 아니라 간호사, 약사, 물리치료사, 영양사, 치료관리사, 요양보호사 등의 역할이 중요하다. 그러나 돌봄 인력의 양적 팽창에 비해 교육 및 질 관리는 잘 이루어지지 않고 있는 실정이다. 이러한 보건의료인들이 하나의 팀으로 협동하며 의료적 서비스 이외에도 재활 및 복지 서비스를 함께 제공하는 조직이 필요하며, 그러한 조직을 바탕으로 다학제 간의 지식을 지닌 전문가가 협동체계의 리더로 활동하며 보건의료인의 교육과 관리를 담당할 필요가 있다. 국내에서도 이러한 협진 및 다학제 간 수련을 가능하게 하고, 대중적 인식을 높이기 위한 전문적인 기관이 필요하다는 취지에서 정부는 국립대병원 및 대학병원 이상의 병원에 ‘노인보건의료센터’를 건립하는 것을 지원하는 사업을 실시하여, 2005년 경북대학교병원, 2006년 강원대학교병원, 전북대학교병원, 충남대학교병원에 노인보건의료센터를 건립하였다[21].

인식의 변화

고령자들을 대상으로 한 설문조사들을 보면, 병이 낫는가의 여부보다는 질병으로 인해 혼자 독립적으로 일상생활을 영위할 수 없는 것은 아닌지가 더 중요한 관심사가 된다. 그러나 의료인뿐 아니라 일반 시민들도 장기의 기능을 회복시키는 치료 중심의 기존의 의료의 목표에 익숙해져 있어, 지금도 3차 의료기관의 응급실 방문객의 많은 부분을 고령자가 차지하는 일이 발생하고 있다.

전국적인 토의를 통하여 국민들이 이러한 패러다임의 변

화를 이해하고 질병 중심의 의료의 틀을 넘어 일상생활을 회복하고 유지하는데 도움을 주도록 해야 하며, 이러한 관심과 노력을 의료기관뿐 아니라 대중매체와 행정기관, 초등학교를 포함한 교육기관에서도 함께 수행할 필요가 있다.

국민들이 치료 중심의 의료에서 돌봄의 의료 혹은 기능유지를 돕는 의료로의 패러다임 변화를 어떻게 받아들이게 될지는 예측하기 어렵다. 또한 전국적으로 고령자에게서 적절한 의학적 치료의 범위가 어디까지인가도 논의가 되어야 하는데, 어떻게 살고 어떻게 죽어야 하는가의 문제에 대해서는 다양한 가치관이 존재하여, 사회안전시스템의 정립을 의료경제적 시각으로 바라볼 수도 있고, 제한된 경제자원 분배에 대해서도 각계각층에서 다른 주장이 나올 수 있다. 사회안전비용을 적절히 배분하고 필요한 자원을 보장하는 것은 매우 중요한 일이며, 그 사회의 경제적 문화적 상황에 맞추어 대화와 논의를 통해 이루어질 필요가 있다. 다만, 이러한 논쟁이 공공의료, 의학적 치료, 간호관리 및 복지의 관점에 중점을 두고 이루어져야 하며, 개인적인 상황과 이익보다는 사회안전망을 포함한 거시적인 사회의 시각에서 이루어져야만 할 것이다. 또한 의료계 안에서도 의료기술의 고도화와 발전에 매진하고 있는 대학병원이나 선도적인 의료기관들에서는 치료 중심의 기존의 의료 패러다임의 문제점을 인지하지 못하고 있는 경우가 많다. 그러나 고령화 인구가 늘어나면서 이러한 변화는 피할 수 없는 부분이며, 의료계 전체가 이러한 변화를 인지하고 협력할 필요가 있다.

앞으로의 도전

고령화 사회의 가능성과 문제점에 대해서 많이 알려져 왔으나, 그 심각성에 대해서 인식하게 된 것은 최근 몇 년 정도로 보인다. 의료계가 고령화 사회의 요구에 걸맞게 적응하고 진화하기 위해서는 다음과 같은 준비가 필요하다.

의료의 목표가 질병의 완치보다는 기능회복을 돕고 돌보는 의료로 변화할 필요가 있다. 또한 질환이 많은 환자들의 장기 치료와 삶의 질 중심의 패러다임에 맞추어 병원의 기능을 재조정하고 가정과 지역사회 중심의 통합적인 관리시스템을 구축할 필요가 있다. 이러한 통합적인 관리의 리더로 노인의학 전문가의 역할이 중요할 것으로 보이며, 효율적인 진료, 의학교육, 연구 및 인재양성을 위하여 노인의학 혹은 노년내과 분야가 의과대학마다 세워질 필요가 있다. 또한 삶의 마지막 단계의 건강관리와 요양간호에 대해서는 환자 본

인의 의사를 적극적으로 반영하되, 전국적인 단위의 토론을 통해 대중을 각성시킬 필요가 있다. 이러한 노령화에 대한 대책도 중요하지만, 사회경제적으로 젊은 계층의 부담을 조금이라도 줄이기 위해 노인 인구의 경제와 사회활동을 장려하고, 노령화를 근본적으로 해결하기 위해 출산을 장려하는 정책적인 움직임이 뒷받침되어야 할 것이다.

중심 단어: 노인의학, 고령화

REFERENCES

1. Statistics Korea. Current Status and Prospects of the World and Korean Population [Internet]. Daejeon (KR): Statistics Korea, c2017 [cited 2015 Jul 8]. Available from: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/2/6/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=347102&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&sTarget=title&sTxt=.
2. Health Insurance Review & Assessment Service. Statistical Indicators of Medical Expenses in 2015 [Internet]. Wonju (KR): Health insurance review & assessment service, c2016 [cited 2016 Mar 2]. Available from: http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020045030000&cmsurl=/cms/medi_info/07/03/03/1344900_27404.html&subject=2015%eb%85%84+%ec%a7%84%eb%a3%8c%eb%b9%84%ed%86%b5%ea%b3%84%ec%a7%80%ed%91%9c#none.
3. National Health Insurance Service. Mid and long term trends of the elderly healthcare cost in 2015 [Internet]. Wonju (KR): National health insurance service, c2011 [cited 2016 Aug 10]. Available from: <http://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0069/15996>.
4. National Health Insurance Service. Current status of elderly in 2014 [Internet]. Wonju (KR): National health insurance service, c2011 [cited 2016 Aug 10]. Available from: http://www.khiss.go.kr/board/bbs_read.jsp?tname=MINBOARD358&bbsid=B302&cat_bbsid=&bbs_seq=501&jkey=&jword=&pg=1&htxt_code=1253697824500862357829650921550&wj_vcs=&reverseNum=278&forwardNum=1.
5. Statistics Korea. Cause-of-death statistics in the Republic of Korea, 2014 [Internet]. Daejeon (KR): Statistics Korea, c2016 [cited 2016 Aug 10]. Available from: http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ZTITLE&parentId=D#SubCont.
6. Statistics Korea. Life Tables 2014 [Internet]. Daejeon (KR): Statistics Korea, c2015 [cited 2015 Dec 3]. Available from: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=350178&pageNo=2&rowNum=10&amSeq=&sTarget=&sTxt=.
7. Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med* 1995;41:1447-1462.
8. Hongthong D, Somrongthong R, Ward P. Factors influencing the quality of life (Qol) among Thai older people in a rural area of Thailand. *Iran J Public Health* 2015;44:479-485.
9. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med* 1995;41:1439-1446.
10. National health insurance service. Social Welfare Service/ Long term care insurance [Internet]. Wonju (KR): National health insurance service, c2011 [cited 2016 Aug 10]. Available from: <http://www.nhis.or.kr/menu/retrieveMenuSet.xx?menuId=B3400>.
11. Seok J. The Improvement of Long-Term Care Insurance from the perspective of service providers. *Health and Welfare Policy Forum* 2010;168:34-44.
12. Jeon YH. A study on the main issues and improvements of long-term care insurance in Korea - focusing on the analytical frame of gilbert and terrell. *J Community Welf* 2012;43:345-384.
13. Korea Ministry of Government Legislation. Long term care insurance service [Internet]. Sejong (KR): Korea Ministry of Government Legislation, c2016 [cited 2016 Aug 10]. Available from: <http://www.law.go.kr/DRF/lawService.do?OC=kingd09&target=law&MST=178130&type=HTML&mobileYn=&efYd=20160630>.
14. Choi H. Present and future of Korean geriatrics. *J Korean Geriatr Soc* 2011;15:71-79.
15. Health insurance review & assessment service. Finding a hospital/pharmacy [Internet]. Wonju (KR): Health insurance review & assessment service, c2013 [cited 2016 Aug 1]. Available from: <http://www.hira.or.kr/rd/hosp/getHospList.do?pgmid=HIRAA030002000000>.
16. Lunney JR, Lynn J, Hogan C. Profiles of older medicare decedents. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:1108-1112.
17. The Japan Geriatric Society. Japan Geriatric Society Guideline on decision making process in health care for the elderly [Internet]. c2012 [cited 2016 Aug 10]. Available from: http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf.
18. National Assembly. [1918461] A legislative bill for hospice, palliative care and the decisions to withhold and withdraw life-sustaining treatment [Internet]. Seoul (KR): National Assembly, c2016 [cited 2016 Aug 10]. Available from: http://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=PRC_L1H5D1L2I0D8I1I8E2X7R0C4K9Y6Z7&ageFrom=20&ageTo=20.
19. World Health Organization. Health topics [Internet]. c2016 [cited 2016 Aug 10]. Available from: http://www.who.int/topics/mental_health/en/.
20. Arai H, Ouchi Y, Toba K, et al. Japan as the front-runner of super-aged societies: perspectives from medicine and medi-

cal care in Japan. Geriatr Gerontol Int 2015;15:673-687.

21. Korea Health Industry Development Institute. A study on the foundation of medical centers for the aged [Internet]. Osong

(KR): KHIDI c2009 [cited 2016 Aug 10]. Available from: <http://www.khidi.or.kr/board/view?linkId=100325&menuId=MENU00085>.